

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

Benjamin PATÉ

ANCIEN EXTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

Né à Le Thour (Ardennes), le 3 juillet 1876

DIAGNOSTIC

DE

L'Anévrisme de la Crosse de l'Aorte

Par les RAYONS DE ROENTGEN

PRÉSIDENT : **M. TILLAUX**, Professeur.

JUGES. { **MM. DELENS**, Professeur.
REYNIER,
DELBET, } agrégés

PARIS

ANC^{te} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

Benjamin PATÉ

ANCIEN EXTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

Né à Le Thour (Ardennes), le 3 juillet 1876

DIAGNOSTIC

DE

L'Anévrisme de la Crosse de l'Aorte

Par les RAYONS DE ROENTGEN

PRÉSIDENT : **M. TILLAUX**, Professeur.

JUGES. { **MM. DELENS**, Professeur.

REYNIER,

DELBET,

} agrégés

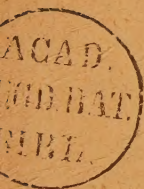
PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	{ JACCOUD.
Clinique médicale	{ PAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIMMISSE.

Agrévés en exercice.

MM. ACHARD. ALBARRAN. ANDRE. BONNAIRE. BROCA (Aug.). BROCA (ANDRÉ). CHARRIN. CHASSEVANT. PIERRE DELBET.	DESGREZ. DUPRE. FAURE. GAUCHER. GILLES DE LA TOURETTE. HARTMANN. HEIM. LANGLOIS. LAUNOIS.	LEGUEU. LEJARS. LEPAGE. MARFAN. MAUCLAIRE. MENETRIER. MERY. REMY. ROGER. SEBILEAU.	TEISSIER. THIERY. THIROLOIX. THOINOT. VAQUEZ. VARNIER. WALLICH. WALTHER. WIDAL. WURTZ.
--	--	---	---

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LAURÉAT DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR GUSTAVE PATÉ

A MA BELLE-SŒUR ET A MES DEUX NIÈCES

AU DOCTEUR BILHAUT

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

AU DOCTEUR MICHEL

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

en particulier aux Docteurs TROISIER et ROBIN

MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Les premières applications de la découverte de Röntgen aux sciences médicales datent de 5 ans; ses services ne se comptent plus. Il n'est plus de diagnostic ferme dans la chirurgie des membres sans l'examen aux rayons X.

Qu'il s'agisse d'une fracture, d'une luxation, d'une ostéite, d'un corps étranger, l'écran nous met scrupuleusement sous les yeux la lésion avec ses caractères et ses signes particuliers : Il la localise d'une façon très précise et l'emporte sur les autres modes d'investigation.

S'agit-il du bassin, de la colonne vertébrale, de la clavicule ? Même netteté et même précision.

Le reste du corps humain offre un champ moins propice à ce mode d'investigation : l'encéphale logé dans une boîte osseuse, présentant partout même densité, et par suite, même perméabilité ne donne en projection qu'une image indistincte ; seuls les corps étrangers, les collections pourront être décelés ; mais nous connaissons tous les difficultés qui surgissent pour localiser la lésion et permettre au chirurgien une intervention efficace.

L'abdomen est encore moins favorable à la perméa-

bilité des radiations nouvelles, ses anses intestinales entremêlées les unes sur les autres ne donnent qu'une opacité diffuse sans contours, inconstantes sans différences de teintes.

Le thorax, dit le docteur Bèclère avec la notoriété qui s'attache à son nom, présente comme les membres, des organes de densités différentes tranchant les uns sur les autres.

Il faut donc que les cliniciens « comprennent tous les services qu'ils ont à attendre de la découverte de Röntgen pour le diagnostic médical » des lésions des viscères thoraciques.

Il y a là, dit le professeur Landouzy une nouvelle « stéthoscopie ».

Si la radioscopie ne donne qu'une image fugitive, la radiographie fixera d'une façon permanente une lésion appréciable pour tous.

Les rayons X n'appartiennent plus exclusivement au chirurgien, le médecin peut et doit y recourir lui aussi ; cette méthode n'est pas faite pour remplacer les autres modes d'investigation, mais pour les justifier et les compléter.

Cependant quels que soient les perfectionnements apportés à cette méthode, nous croyons que certains auteurs sont allés trop loin dans leur engouement pour les rayons X en prétendant diagnostiquer par cette méthode des lésions valvulaires plus ou moins avancées. Nous ne nous prononcerons pas pour l'artério-sclérose. Nous avons vu très nettement sur la radiographie d'un de nos malades le tronc brachio-céphalique droit, l'artère carotide primitive et l'artère sous-clavière gauches. Les

artères normales sont invisibles, dit-on, ne sont-elles si nettes chez notre malade que parce qu'il est atteint d'artério-sclérose ?

M. le Dr Carl Beck dans « The hew York médical » journal du 22 janvier 1898 prétend donner ainsi un moyen de diagnostic précoce de l'artério-sclérose.

Radioscopie du cœur et de l'aorte à l'état normal

Le cœur et son pédicule sont plus rapprochés de la paroi antérieure que de la paroi postérieure. L'écran sera accolé contre cette paroi antérieure et donnera ainsi une ombre présentant le maximum de netteté avec le minimum d'erreur.

L'observateur remarque au centre une ligne verticale très opaque formée par la projection du sternum et de la colonne vertébrale superposés. Les poumons sains et remplis d'air donneront de chaque côté deux zones très claires striées transversalement par le tracé des côtes. Le thorax sera limité en bas par une large tache dont la limite supérieure représente le diaphragme, mais à gauche empiétant sur la zone du poumon apparaît l'ombre du cœur qui a grossièrement la forme d'un triangle dont la base repose sur le diaphragme et se confond avec lui, dont la hauteur est représentée par la moitié inférieure du sternum. — Le sommet de ce triangle est un peu arrondi : on devine le pédicule vasculaire du cœur entouré du péricarde.

L'aorte en particulier qui affecte une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière se confond à son origine avec l'ombre de l'oreillette puis immédiatement se cache entre le sternum et la colonne vertébrale.

Les battements du cœur seront très visibles, si nous donnons une certaine rapidité aux interruptions et nous en suivrons leur propagation dans l'aorte.

Nous ne sommes plus au temps où les radiographies

s'en laissaient imposer par les battements normaux de l'aorte et voyaient partout ectasie ou anévrisme. Ces erreurs d'interprétation ont été de courte durée et nous verrons par la suite que, très rarement, la radiographie nous induit en erreur ; il ne faut à l'opérateur qu'un peu d'habitude et d'expérience.

Si le malade respire largement, les bras étendus, le diaphragme entre en mouvement et au moment d'une profonde inspiration, l'ombre du cœur se détache de celle de l'abdomen.

Prenons à la hâte à l'aide d'un calque le contour de cette ombre et nous aurons fixé ainsi la position, la forme et le volume du cœur.

MM. Variot et Chicotot nous ont appris à mesurer l'ombre du cœur ; sa projection sur l'écran, disent-ils, est la base d'un cône dont le sommet est représenté par l'ampoule ; ce cône est coupé par le cœur lui-même : plus la distance entre le cœur et sa projection sera grande, plus l'image sera exagérée :

Si nous mesurons la distance de l'ampoule au cœur et celle de l'ampoule à l'image, un calcul bien simple nous permettra de corriger géométriquement l'excès de grandeur de cette ombre.

Le Dr Béclère croyant relever un point faible dans cette méthode, a trouvé plus simple de faire tomber tour à tour sur chacun des bords du cœur le « rayon normal » ; il obtient ainsi une ligne lumineuse perpendiculaire à l'écran et cette opération répétée sur divers points de la périphérie du cœur par un déplacement de l'ampoule lui permet d'avoir sur l'écran, consignée par des points de repère l'aire réelle du cœur.

Pour cela, il a inventé le diaphragme-iris qui lui

permet de se débarrasser des rayons parasites et des rayons secondaires et de déterminer le point d'incidence normale. Il ne nous appartient pas de reprendre la technique de cet appareil, elle a été consignée dans un opuscule qui date de l'année dernière.

Dans l'examen d'avant en arrière une grande partie du cœur et de son pédicule est masquée par le sternum et la colonne vertébrale.

Une nouvelle méthode due au Dr Holz Knecht, de Vienne, préconisée et vulgarisée par le Dr Béclère permet de tourner la difficulté. Elle consiste à examiner le thorax obliquement et latéralement, les images sur l'écran sont plus complexes, projettent les viscères sous une autre forme et dans un sens différent.

L'examen latéral gauche, l'écran appliqué sur le côté gauche du thorax, donne l'ombre du sac péricardique, projetée sur la zone claire du poumon. En avant se trouve l'espace retro-sternal, en arrière l'espace retro-cardiaque, mais la partie supérieure de la crosse de l'aorte se confond avec l'ombre des muscles de l'épaule.

L'examen latéral droit proprement dit est inférieur au précédent, il faut le modifier et placer le malade, l'écran restant fixe, de façon que le rayon prenne la direction d'une flèche qui transpercerait à la fois la portion ascendante et la portion descendante de l'aorte, c'est ce que le Dr Béclère appelle l'examen oblique antérieur droit. L'ombre du cœur, forme une sorte de brioche dont le sommet représente la projection de l'aorte. Il est ainsi facile d'apprécier les ectasies de cette aorte, son hypertrophie et la hauteur exagérée de sa crosse.

Nous ne nous étendrons pas sur la cinémato-radio-graphie elle a été inventée et perfectionnée par le Dr Guilleminot.

Le principe de cette méthode est excessivement simple : un interrupteur reçoit sa commande du battement même de la radicale, on arrive ainsi à faire coïncider l'étincelle et l'effluve avec le moment précis de la systole. Si l'on continue cette opération pendant le temps nécessaire, on obtient un cliché donnant l'aire du cœur en contraction. Dans une deuxième opération on fait coïncider la production de l'effluve avec le moment diastolique et le cliché représente le cœur en réplétion.

La comparaison de ces deux clichés fait apprécier les différences de volume du cœur, selon qu'il est en systole ou en diastole, si on adapte ces photographies au cinématographe on a l'illusion des battements du cœur ou de toute autre tumeur pulsatile.

Nous passerons sous silence les applications de la stéréoscopie à la radiographie, cette invention ingénieuse permet en photographiant un organe quelconque de deux points différents d'obtenir deux clichés qui, examinés au stéréoscope, donnent l'illusion du relief.

Les premiers essais sont dus à Imbert et Bertin-Sans puis à Marie et Ribaut, le Dr Rivière dans le journal de Médecine de Bordeaux en fait une longue description et donne la formule nécessaire à l'opérateur pour mesurer le déplacement qu'il doit donner à son ampoule et obtenir les deux photographies à superposer.

En résumé les rayons Röntgen donnent une image exacte et fidèle du volume, du siège et des battements du cœur. Le professeur Potain leur a demandé la vérification des données qu'il obtenait par la palpation, la percussion et l'auscultation et ce grand maître contrôlait ainsi par la vue ce qu'il avait cru entendre et sentir.

Plan

1° Nous nous proposons de passer en revue les symptômes de l'anévrisme de l'aorte, ne faisant qu'énumérer les symptômes classiques pour insister sur les symptômes isolés assez peu bruyants quelquefois pour ne pas attirer l'attention du malade lui-même, d'autres fois plus intenses, mais mal interprétés par le médecin.

Que de fois des coliques, des névralgies, des douleurs vagues, des troubles de la voix et de la déglutition sont restés inexpliqués chez des malades dont le cœur ne présentait à l'auscultation ni souffle ni battement anormal à la percussion une matité précordiale non exagérée.

Le diagnostic resté alors hésitant et le médecin le confirme par l'examen radioscopique.

2° Nous rappellerons qu'il est arrivé bien souvent, aujourd'hui que les malades sont examinés pour leurs poumons et leur colonne vertébrale, que l'observateur a découvert une tumeur pulsatile, un anévrisme qui jusqu'ici ne s'étaient traduits par aucun trouble notable de la santé et étaient restées complètement ignorés.

3° Ce diagnostic est important à faire, car sans nous prononcer sur la valeur efficace des nombreux traitements qui sont préconisés, nous pourrions toujours recommander aux malades d'éviter les travaux fatigants, les émotions, nous le mettrons à l'iodure et dans certains cas, nous préviendrons son entourage des éventualités du pronostic.

I § PARTIE

L'immortel Loennec, le père de l'auscultation, disait en parlant de l'anévrisme de l'aorte : « Il est peu de maladies aussi insidieuses, on ne le reconnaît que quand il se prononce à l'extérieur, on peut à peine le soupçonner lorsqu'il comprime quelque organe essentiel et en gêne les fonctions d'une manière grave. Lorsqu'il ne produit ni l'un ni l'autre de ces effets, souvent le premier indice de son existence est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu. »

Cent ans après, la parole du maître est encore aussi exacte. Les observations se sont multipliées, les auteurs ont attiré l'attention sur tel ou tel signe nouveau mais cette insistance même prouve que l'anévrisme de l'aorte est encore une maladie insidieuse, souvent quand nous la découvrons le malade est sur son lit de mort, heureux s'il n'a pas payé cette découverte de sa vie.

Sans doute quelques anévrismes produisent des lésions de voisinage énormes, ils irritent la clavicule et le sternum, l'os s'enflamme et s'éburne, la tumeur semble le ronger petit à petit et le détruire; dans ce cas le diagnostic s'impose. Le Professeur Tillaux cite le cas de Blandin : un anévrisme thoracique après avoir détruit les vertèbres et la partie postérieure des côtes vint faire saillie à la région dorsale.

A côté de ces cas particuliers où la tumeur fait de grands ravages combien de fois les symptômes, sont-ils moins éclatants et demandent à être recherchés, rapprochés par un praticien habile et sagace.

Il y a deux ans le Dr Huguet dans sa thèse sur les

difficultés de ce diagnostic a réuni les symptômes les plus fréquents de cette tumeur :

A l'auscultation on peut entendre le claquement double et soufflé dû au passage du sang systolique dans la dilatation. Le pouls selon le siège de la lésion, peut être retardé; c'est le pouls paradoxal.

A l'inspection on peut voir sur la région préaortique une voussure avec battements doubles caractéristiques d'un anévrisme, la main appliquée sur la paroi apprécie cette tumeur que chaque systole soulève et remplit. Les doigts enfoncés au niveau de l'articulation sterno-claviculaire permettent d'apprécier l'élévation de la crosse de l'aorte, ce signe isolé existe surtout chez les artérioscléreux dont l'aorte s'est laissée hypertrophier, distendre; nous verrons que l'examen radioscopique chez certains de ces maladies ont montré un véritable anévrisme là où on pensait à une simple ectasie.

A la percussion quand cette tumeur n'est pas trop profondément située on trouve une matité plus ou moins étendue remontant souvent assez haut, pouvant se continuer même à droite du sternum.

Ces signes subjectifs ont une très grande valeur quand ils existent, mais en général les troubles sont plutôt causés par le siège de la lésion que par sa nature propre et dès qu'elle atteint un certain volume le malade se plaint de symptômes dus à la compression des organes voisins.

La compression des veines caves et du tronc brachiocephalique amènent de l'œdème du cou et de la face, celle de la trachée, des bronches et de l'œsophage se traduit par du souffle, du cornage, du tirage, de la toux, de la dysphagie.

Si le phrénique est irrité, le malade souffre de névralgies cervico-brachiales et diaphragmatiques.

Notons la compression du pneumogastrique et du récurrent (anévrisme à type récurrent) avec douleurs précordiales, spasme laryngé, accès de toux et de dyspnée, troubles vocaux consistant le plus souvent en rauçité de la voix.

La compression du sympathique cause l'inégalité pupillaire.

Rappelons seulement le signe d'Ollivier : la transmission de la pulsation aortique au larynx facile à apprécier quand on prend celui-ci entre ses doigts et qu'on suit ses mouvements.

Nous allons reprendre chacun de ces symptômes, apprécier leur valeur clinique avec des observations à l'appui :

La voussure avec ou sans battements est un signe d'une très grande importance. Nous empruntons à M. Jouques dans le Bulletin de la Société médicale de 1899 une longue observation d'un malade de 47 ans porteur d'un anévrisme de l'aorte saillant dans la région pectorale gauche :

Observations

OBSERVATION I

L'affection remonte à quelques mois.

On a vu survenir simultanément sans cause plausible des douleurs, de la dyspnée et de la toux.

Les douleurs siègent à la partie supérieure gauche de la poitrine, elles sont lancinantes, continuelles, tolérables et le malade souffre sans rémission.

La dyspnée survient au moindre effort, la toux est quinteuse, coqueluchoïde.

Bientôt surviennent aussi des troubles de la déglutition, Quand le malade avale une bouchée trop volumineuse, une quantité abondante de liquide, il étouffe, il pâlit, reste quelques instants sans connaissance.

Le timbre de la voix est légèrement modifié.

Signes physiques. Au niveau de la région pectorale gauche tumeur pulsatile convexe, allant de la clavicule à la 4^e côte. Au palper elle est facile à délimiter, on en sent l'expansion systolique généralisée, battements uniques synchrones à la systole cardiaque.

Souffle systolique sourd et ronflant, qui s'entend en avant de la moitié gauche de la poitrine.

Peu de modifications du pouls radial et du pouls fémoral, cependant les deux battements carotidiens présentent des différences notables, la carotide gauche est rigide, épaissie, sans battements.

En somme peu de phénomènes de compression à part la

douleur, la dyspnée et la sténose œsophagienne. Mydriase modérée de la pupille gauche, douleur légère du phrénique gauche, aucun bruit de cornage.

Plus tard surviennent des crises laryngées, (ces troubles apparaissent très rarement).

L'examen radiographie montre une opacité allant de la clavicule au diaphragme et horizontalement du bord du sternum à la limite latérale de la poitrine.

Le malade a été mis à l'iodure.

Des examens répétés ont montré des alternatives de distension et de rétraction.

Cependant il faut relater les causes d'erreur qui peuvent se produire; on peut avoir, faisant saillie à la région supérieure du sternum, une tumeur offrant des pulsations, des battements et des bruits de souffle à l'auscultation et qui ne soit pas un anévrisme.

Un osteosarcôme développé à la face postérieure du sternum peut déterminer les mêmes symptômes de compression, les mêmes battements par transmission directe des pulsations de l'artère accolée en arrière. Cet osteosarcôme pourra faire même saillie sous la peau.

Dans ce cas la clinique impuissante à démêler l'origine et le caractère de la tumeur doit demander aux rayons X de préciser son point d'attache et par un examen oblique de la séparer sur l'écran de l'opacité du cœur. Pratiquement cet examen est difficile; nous ne connaissons pas d'observations précises à ce sujet mais le Dr Michel de Paris a vu une malade qui a présenté au niveau de la région préaortique une voussure manifeste. Les examens répétés n'ont donné aucun résultat ni souffle ni battement. La radiographie n'a pas été plus concluante (mais l'examen oblique n'a pas été pratiqué). La malade est morte quelque temps après avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Les ganglions du médiastin dans certains cas d'hypertrophie peuvent donner mêmes phénomènes de compression veineuse ou nerveuse bronchitique ou œsophagienne, même souffle systolique, même soulèvement de la crosse de l'aorte. Ici encore l'examen à l'écran nous renseignera le plus souvent et fera le diagnostic, pour cela, il faut faire tourner le malade en tous sens, l'ampoule et l'écran restant fixes, puis faire varier l'écran de haut en bas, éloigner ou rapprocher l'ampoule, varier la vitesse de l'interrupteur.

Les auteurs ont rapporté de nombreuses observations concernant des malades ne présentant que des signes de compression locale, insuffisants à déterminer la lésion.

OBSERVATION II

Von Leyden à la Société de médecine interne de Berlin le 15 janvier 1900 présente une malade âgée de 38 ans, ne se plaignant que de raucité de la voix, un examen approfondi ne révèle aucun autre signe que ce trouble de la phonation dû à une paralysie de la corde vocale gauche. On hésite pour le diagnostic, mais la radioscopie décèle à gauche du sternum l'existence d'une zone obscure qui, a tous les caractères d'un anévrisme.

L'état de la malade devint tout d'un coup alarmant, elle fut prise de hoquets rebelles avec dyspnée expiratoire, affaiblissement du murmure vésiculaire, respiration soufflante à gauche et retraction correspondante de la cage thoraique.

La malade mourut de compression de la bronche gauche. Tous les traitements avaient été essayés, aucun n'avait donné de résultat.

Les auteurs allemands et Fränkel en particulier discutèrent sur la cause de cette dyspnée expiratoire et de cette retraction unilatérale, attribuant la première à la compression, la seconde à l'inflammation chronique et indurative du poumon.

Cette paralysie de la corde vocale doit attirer l'attention du médecin, elle est quelquefois difficile à interpréter et entraîne un diagnostic erroné.

OBSERVATION III

Le Dr Allaire, de Nantes, a rapporté au commencement de cette année l'observation d'un malade présentant comme signe le plus important cette paralysie de la corde vocale gauche. A la percussion on trouvait un peu de submatité au sommet des râles et un souffle interscapulo-vertébral à gauche. On porte le diagnostic du tuberculose pulmonaire avec compression du recurrent par hypertrophie des ganglions tuberculeux.

L'examen radioscopique dévoila l'erreur. Dans la région du médiastin apparut sur l'écran une masse sombre débordant la colonne vertébrale de 11 à 12 centimètres à gauche de 3 à 4 à droite. Elle mesurait 17 centimètres en travers et 15 de haut en bas elle remontait jusqu'au niveau de la poignée du sternum. Son opacité se contenait au-dessous par une portion plus étroite avec celle du cœur peut-être un peu hypertrophié.

Les mouvements d'expansion étaient difficilement perceptibles ils étaient plus nets à gauche qu'à droite.

La radiographie fut faite, mais le cliché fut moins intéressant que l'examen à l'écran.

Aucun doute, il s'agissait d'un anévrisme.

Cet homme de 33 ans avait eu la syphilis à 22 ans, il avait souffert de douleurs lancinantes à l'épigastre, dix-huit mois auparavant ces douleurs avaient disparu pour reparaitre moins intenses cinq semaines avant son entrée à l'hôpital.

Il est réexaminé à nouveau, aucune saillie du thorax n'est appréciable, on aperçoit seulement à jour frisant des mouvements d'expansion localisés à gauche du sternum. La matité est un peu exagérée au dehors de la clavicule gauche.

Pas de souffle à l'auscultation.

Pas de retard entre les deux pouls radiaux.

Pas de battements de la pointe du cœur et le malade ne présente pas d'œdème des parois thoraciques.

Et le Dr Allaire conclut ainsi: « L'anévrisme de l'aorte peut évoluer insidieusement et arriver à un volume considérable sans attirer l'attention du clinicien et pourtant rien n'est plus important que le diagnostic précoce de l'anévrisme surtout quand la syphilis est en cause — Le tracé au papier calque des contours de l'opacité permet de suivre l'évolution de la maladie. »

Dans l'observation qui suit, due à M. le Dr Huchard, l'altération de la voix a été négligée et la dyspnée a fait croire à de l'asthme :

OBSERVATION IV

Un malade regardé comme un simple asthmatique est atteint un jour d'un accès de dyspnée formidable qui met ses jours en danger. On avait signalé dans ses antécédents pathologiques une légère altération de la voix qui avait disparu depuis et qu'on avait prise pour un simple enrouement sans importance. On avait constaté une diminution notable du murmure vésiculaire, à gauche, et on en avait conclu à de l'émphysème unilatéral.

Ces symptômes peu importants en apparence étaient pour le Dr Huchard des signes de probabilité d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante. L'épreuve radioscopique vint comme signe de certitude confirmer son diagnostic.

Il nous reste à parler d'un signe de compression qu'on rencontre fréquemment dans l'affection qui nous intéresse, nous voulons parler des douleurs un peu spéciales ayant le caractère de névralgies intercostales, persistantes, rebelles à tout traitement, localisées en arrière du thorax à 4 ou 5 travers de doigt de la colonne vertébrale vers le 9^e ou 10^e espace intercostal.

Le médecin en présence de ces violentes douleurs emploie tout l'arsenal de la thérapeutique calmante : antipyrine, aconitine, morphine, frictions, stœpypage, pointes de feu, et n'obtient aucun résultat.

Le Dr Huchard a eu le mérite d'attirer l'attention sur ces névralgies et de montrer qu'elles étaient quelquefois l'indice d'un anévrisme et dans une des dernières séances de la Société de médecine il insistait à nouveau sur leur importance.

Le cas le plus probant est celui qu'il cite dans ses « Consultations médicales. »

OBSERVATION V

Un malade envoyé de Vienne souffrait de névralgie intercostale gauche excessivement intense et rebelle, le diagnostic porté était celui de neurasthénie, accompagnée de palpitations et de névralgie intercostale.

On avait usé pour cet homme de tous les traitements sans lui apporter le moindre soulagement, il allait de mal en pis.

Lorsqu'il marchait, il était obligé pour éviter la douleur de se pencher en avant, assis il souffrait moins, couché il ne souffrait plus, mais la position la plus favorable était la position couchée sur le ventre.

Ces indices firent songer à l'anévrisme de l'aorte thoracique situé entre la bronche gauche et le diaphragme et comprimant les nerfs intercostaux. La position verticale et surtout la marche augmentaient cette compression au point que le malade, s'il avait insisté, aurait perdu connaissance, le déhiscence délivrait les nerfs intercostaux de cette irritation permanente.

La palpation et la percussion ne fournissaient aucun renseignement, si on demandait au malade de rester quelques instants dans cette position verticale douloureuse, on voyait et sentait des battements expansifs faciles à inscrire par un tracé sphymographique.

La radioscopie a montré au Dr Huchard qu'il s'agissait bien d'un anévrisme et a confirmé ce diagnostic cherché en vain par les maîtres de Vienne. Là encore l'épreuve radiographique a été le signe de certitude, les névralgies n'étaient que des signes de probabilité.

Ces douleurs névralgiques peuvent prendre des caractères variés, le Dr Hayem vit un anévrisme simulant une gastropathie douloureuse, le Dr Mercklen relate un cas où ces névralgies rebelles revêtaient le type brachial. L'observation très intéressante que nous devons à l'obligeance du Dr Drouard de Paris montre qu'elles peuvent chez le même individu frapper tantôt la région dorsale, tantôt la région lombaire, tantôt la masse intestinale.

OBSERVATION VI (*inédite*)

M. L., Boulevard Voltaire, est âgé de 58 ans, on ne relève chez lui aucuns antécédents pathologiques intéressants, il n'a jamais eu ni syphilis, ni paludisme, ni fièvres infectieuses.

Depuis un an environ le malade se plaint de sensations de malaises dans la région thoracique, impossibles à localiser. Il est pris parfois subitement d'accès d'oppression passagère, de crises douloureuses le long de la colonne vertébrale avec prédominance au niveau de 5° et 6° vertèbres dorsales.

Il y a deux mois ces malaises revêtent une forme plus sérieuse. M. L. est pris, pendant la nuit, d'une douleur violente dans la région précordiale, douleur angoissante s'irradiant vers le bras gauche, comme dans une crise d'angine de poitrine. Le Dr Drouard, appelé en toute hâte trouve le malade avec un faciès grippé, un pouls petit, intermittent et un cœur en hypoasystolie. Une injection de morphine calme assez bien cette première crise.

Le lendemain M. L. se plaint de douleurs gastriques épouvantables, ces douleurs semblent n'avoir aucun rapport avec l'absorption d'aliments : L'estomac palpé profondément n'est pas douloureux, pas plus que la région épigastrique avoisinante. Les urines se chargent, deviennent sableuses, elles sont examinées et l'analyse ne donne rien, sauf une légère augmentation des phosphates. Pas d'urobiline. Le taux d'élimination de l'urée est normal.

Les crises gastriques reviennent toutes les deux ou trois heures, le malade se courbe en deux, souffrant affreusement, il a la sensation de douleurs en ceinture.



Anévrisme de l'aorte de M. L., dessiné par Desbonis d'après le cliché radiographique.
(au-dessus de l'anévrisme, on distingue à-droite nettement à gauche et à droite les troncs artériels qui se détachent de la crosse)

Au bout de quatre jours elles disparaissent brusquement et le malade reste environ une huitaine de jours relativement bien portant, vaquant même à ses occupations : il est courtier en boucherie.

Mais bientôt apparaissent à nouveau des phénomènes névralgiques mal localisés. ces douleurs sont aiguës mais fugaces, il souffre tantôt au niveau des reins, tantôt dans toute la région abdominale, on pense même à des crises de coliques néphrétiques.

Un confrère, médecin des Hôpitaux est demandé en consultation. Devant des symptômes aussi vagues et aussi fugaces, le diagnostic reste pendant.

A l'examen stéthoscopique on entend au second temps un claquement valvulaire, avec souffle très léger difficilement perceptible. — Pas de matité anormale ni en avant ni en arrière.

Pas de phénomènes de compression du recurrent.

Pas d'œsophagisme.

Rien à l'auscultation du poumon.

Aucun phénomène nerveux, pas d'anesthésie, pas de signes tabétiques : reflexes normaux, pas de troubles visuels, ni d'étourdissements, ni d'épistaxis.

Le malade présente de nouveau des phénomènes angineux avec hypoasystolie.

A bout de ressources, on fait radiographier le malade et on trouve au-dessus du cœur et le continuant une opacité volumineuse dont on voit les battements avec expansion. Quoiqu'ayant affaire à un homme très gros, d'une corpulence énorme, le cliché radiographique tiré par le Dr Perdu est d'une netteté remarquable. En l'éclairant au nigatoscope notre ami Desbouis a pu en prendre une reproduction. Au-dessus de la tumeur anévrismale et sans pouvoir être confondus avec les clavicules on distingue le tronc brachio-céphalique, l'artère carotide primitive et l'artère sous clavière

gauches. La dilatation et l'athérome de ces artères ont permis de les fixer sur la plaque.

Depuis le malade a été soumis à l'Iodure de Potassium, au repos et au lait. Les phénomènes angineux et les phénomènes douloureux ont disparu. Samedi dernier, 22 juin, il a eu une crise d'oppression assez considérable qui n'a pas persisté.

II § PARTIE

Si la sagacité des cliniciens nous a permis de compter au nombre des symptômes de l'anévrisme des signes qui semblaient au premier abord ne point s'y rapporter, si on a pu dépister la lésion alors que la palpation, la percussion et l'auscultation ne donnaient aucun renseignement, nous sommes malgré cela obligés de faire encore des réserves. Est-il possible de diagnostiquer, de soupçonner même une affection qui évolue sans bruit, sans manifestations extérieures? Ce tour de force semble irréalisable, seule l'autopsie est capable de pareilles révélations, à moins qu'il nous soit donné, par une méthode nouvelle, de voir les organes, d'en étudier les contours, d'en constater l'intégrité et tout cela sans que le malade en pâtisse.

Cette méthode nouvelle nous la possédons, les rayons de Rœntgen nous ont fait découvrir un anévrisme alors que nous examinions une lésion pulmonaire, une hypertrophie du cœur, une affection osseuse. La gravité des symptômes n'est point en rapport direct avec les dimensions de la tumeur. Bien mieux, de petits anévrismes peuvent causer des phénomènes très alarmants alors que d'autres très volumineux restent pendant des années sans altérer la santé du malade :

OBSERVATION VII (*inédite.*)

M. Ad..., cultivateur demeurant en Seine-et-Marne, est âgé de 50 ans. Il est père de 3 enfants en parfaite santé, c'est un homme robuste, extrêmement laborieux, occupé constamment aux travaux des champs.

En novembre 1899 il est atteint de névralgies sciatiques spasmodiques du membre inférieur gauche et il vient à ce sujet consulter le Dr Bilhaut; il existe en outre dans la fosse iliaque externe un empâtement faisant songer à un abcès par congestion.

Comme conséquence de la névralgie sciatique il s'est produit une scoliose spasmodique fixée par une photographie prise à l'époque. A quelques jours de là, l'empâtement a fait place à un phlegmon aigu qui, ouvert au bistouri, et drainé a guéri dans l'espace d'une quinzaine de jours.

La nature de la collection purulente démontre péremptoirement qu'il s'agissait d'un abcès chaud, que nulle crainte de tuberculose osseuse n'était à envisager; la suite confirme ce pronostic.

La sciatique ne céda pas immédiatement, et en raison de la persistance de la scoliose, le médecin consulté proposa de l'examiner à l'écran fluorescent et au besoin de prendre une radiographie.

Il lui paraissait en effet intéressant d'établir la comparaison entre le cliché que donne la radiographie chez le scoliotique vrai et celui que doit donner une simple scoliose d'attitude.

Le malade fut donc examiné à l'écran fluorescent et placé face à l'ampoule, la surprise fut grande quand on constata

que le squelette de la colonne vertébrale n'était nullement apparent dans la partie thoracique parce qu'il était masqué en bas par le cœur et le foie, et au-dessus par une tumeur débordant les vertèbres à droite et à gauche, mais surtout à gauche.

Cette tumeur était animée de battements qui en augmentaient sensiblement le volume et étaient en harmonie parfaite avec ceux du cœur.

L'opérateur, dans sa surprise, oublia la scoliose, négligea de prendre un cliché radiographique qu'il eût été cependant d'un grand intérêt de posséder à cette époque.

D'un autre côté les parties molles venant difficilement dans les clichés radiographiques, on ne supposait pas pouvoir réussir et obtenir une plaque suffisamment démonstrative; quant à la scoliose spasmodique on ne pouvait la fixer, les vertèbres se trouvant masquées par une tumeur gênante par sa grosseur et par ses battements.

Le malade fut examiné le dos placé contre l'ampoule et par là même le cœur plus près de la plaque : la tumeur apparut aussi nette, animée des mêmes battements; aucun doute n'était possible au sujet de sa nature, il s'agissait d'un anévrisme de l'aorte dévoilé par l'examen aux rayons X et absolument insoupçonné jusque là.

Dans un autre cas, on examine aux rayons X un malade qui souffre d'un cancer de l'estomac et l'observateur découvre un anévrisme énorme.

Les observations qui suivent se rapportent à des malades qui présentaient un épanchement pleural et où la matité étendue du thorax ne permettait pas de distinguer deux tumeurs, l'une sanguine, l'autre séreuse malgré tout l'intérêt que présentait l'établissement de cette distinction :

OBSERVATION VIII (*inédite*)

La malade qui fait l'objet de cette observation est agée de 59 ans ; elle tient l'emploi de domestique à Ménilmontant.

Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 54 ans ; non mariée, sans enfants, elle n'a guère eu à se plaindre que de légères douleurs rhumatismales, n'ayant d'ailleurs jamais entraîné de repos au lit.

En janvier 1901, elle est prise d'étouffements, d'une toux fatigante non suivie d'expectorations ; elle n'accuse ni fièvre, ni point de côté ; le médecin qui est appelé auprès d'elle l'examine avec le plus grand soin et trouve dans le côté gauche du thorax une matité s'étendant de la ligne diaphragmatique à la troisième côte.

Il n'existe pas de souffle manifeste au-dessus de ce point ; les vibrations thoraciques sont très affaiblies et le murmure vésiculaire ne s'entend que par propagation ; il est par là même très atténué.

La matité est particulièrement évidente quand on la compare avec la Sonorité normale du côté droit.

Pas d'égophonie.

Dans ces conditions le diagnostic était assez difficile et le médecin craignant de se trouver en présence d'un cas de splénopneumonie, crut devoir recourir à la ponction avec une seringue de Pravaz armée d'une aiguille de 5 centimètres.

Une ponction fut ainsi pratiquée en deux points situés l'un entre la 7^e et la 8^e côte, un peu en arrière de la ligne axillaire, l'autre entre la 3^e et la 4^e côte.

Les deux ponctions ramenèrent un liquide citrin analogue absolument au liquide de la pleurésie franche.

Ainsi renseigné, le médecin traitant remit au lendemain la ponction avec l'appareil de Potain ; il retira un 1½ litre seulement de liquide.

Il fut alors frappé de voir que la matité n'avait pas complètement disparu et qu'elle était particulièrement manifeste en un point correspondant environ à la 6^e côte.

En outre le palper lui permit de constater l'existence de battements isochrones avec les battements du cœur entre la 5^e et la 8^e côte.

A 3 semaines de là, les mêmes phénomènes s'étant reproduits, le médecin crut devoir pratiquer une nouvelle ponction et prit pour lieu d'élection l'espace compris entre la 4^e et la 5^e côte.

Il retira environ un 1½ verre de liquide citrin. Une autre ponction faite avec un trocart capillaire fut pratiquée à l'endroit où les battements étaient le plus accentués et la seringue se remplit d'un sang vermeil.

Le médecin n'insista pas, on le conçoit.

Il pratiqua une 5^e ponction à la partie inférieure du thorax et obtint comme la première fois un liquide citrin.

Pour lever tous ses doutes, il proposa au Dr Bilhaut d'examiner la malade aux Rayons X dans le but de savoir s'il n'existait pas une tumeur vasculaire ou ostéosarcome pulsatile par exemple (nous avons vu plus haut qu'un ostéosarcome pouvait en imposer pour un anévrisme) ou un anévrisme de

l'aorte dont on ne pouvait d'ailleurs trouver les signes habituels.

Cette proposition fut agréée. L'examen à l'écran eut lieu au laboratoire de l'Hôpital International de Paris ; la malade placée face à l'ampoule et l'écran en avant de la colonne vertébrale, on vit apparaître deux masses obscures : l'une représentant le cœur, l'autre située au dessus de la première et contiguë avec elle indiquant une tumeur pulsatile et, dont les mouvements d'expansion correspondaient aux contractions cardiaques.

Il n'y avait aucun doute : il s'agissait bien d'un anévrisme de l'aorte, occupant une place importante dans le thorax, ayant refoulé le poumon de bas en haut, mais ne descendant pas toutefois assez bas pour être en contact avec le diaphragme ; de là la possibilité pour le liquide pleurétique, collecté sous une influence que nous n'avons pas à rechercher, de pouvoir séjourner et atteindre même le volume d'un 1½ litre.

Le professeur Potain raconte qu'il a failli enfoncer le trocart de Reybard dans un anévrisme volumineux concomitant à une légère pleurésie.

Le Dr Huchard rapporte deux cas semblables où la thoracentèse fut pratiquée : dans le premier cas, la ponction donna 1200 gr. de liquide pleural, mais la percussion permit de constater que les 1200 gr. retirés avaient été immédiatement remplacés.

Le malade mourut quelques heures après avec des symptômes d'asphyxie et avec une abondante expectoration albumineuse.

A l'autopsie, la cavité thoracique gauche était presque remplie par un énorme anévrisme, le trocart en faisant le vide dans cette cavité close avait favorisé l'extension d'un anévrisme ignoré.

La seconde observation de date plus récente est conforme à celle-ci. On ponctionne une pleurésie et le trocart oscille aussitôt comme l'aiguille du sphygmographe, cependant la ponction ne ramène que du liquide séreux et limpide. Mais l'anévrisme qui n'est plus ni maintenu ni comprimé prend de jour en jour des proportions plus grandes et le malade meurt huit mois après.

Le Dr Huchard a vu un malade atteint d'un énorme anévrisme de l'aorte présenter à deux reprises, à sept mois de distance les signes d'un léger épanchement pleurial gauche avec légère douleur intercostale, il n'y avait eu ni refroidissement, ni température, et ce médecin en déduit que cette pleurésie à répétitions était due à l'irritation de l'anévrisme et qu'elle peut se produire aussi bien à droite qu'à gauche.

Nous trouvons encore dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (7 janvier 1900) de MM. Verger et Abadie :

OBSERVATION IX

Un cas d'anévrisme aortique sans signes physiques positifs

releve par l'emploi des rayons X.

Une femme depuis quinze jours dans le service se plaint de troubles généraux variés : inappétence, gastralgie, douleurs dans la région précordiale, mictions fréquentes la nuit, dysphonie apparue depuis deux ans.

Dans les antécédents personnels : fièvre palustre à 21 ans, pleurésie à 37 ans, influenza à 65 ans.

Amaigrissement notable artères altéromateuses. Tension artérielle élevée.

A l'inspection : aucune voussure, aucun centre de battements, pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal.

A la percussion : matité cardiaque normale.

A l'auscultation : rien d'anormal à la pointe, au foyer d'auscultation aortique aucun souffle, aucun bruit surajouté, le timbre du second bruit est très marqué.

Le malade présente cependant une dysphonie causée par la paralysie de la corde vocale gauche.

L'examen radioscopique est pratiqué et on trouve une masse opaque de la grosseur d'une pomme, de forme arrondie siégeant à gauche de la poignée du sternum. Cette masse sombre est le siège de mouvements d'expansion isochrones aux pulsations cardiaques.

La percussion est pratiquée à nouveau et permet de constater au-dessus de la matité cardiaque une seconde matité limitée en haut par la fourchette sternale se confondant en bas insensiblement avec cette matité cardiaque.

Le malade meurt d'hémoptysie foudroyante; à l'autopsie on tombe sur un anévrisme adhérent au poumon gauche, et cette adhérence avait été le siège de cette perforation mortelle.

Conclusions I. Un anévrisme aortique assez volumineux peut évoluer, comme l'a dit le premier Jaccoud, sans signes physiques classiques.

La radiographie est importante, il est nécessaire de la pratiquer lorsque comme chez notre malade on a l'attention mise en éveil par un symptôme accessoire tel que la paralysie d'une corde vocale.

Le mouvement d'expansion visible à l'écran est pathognomonique.

OBSERVATION X

Leçon de E. Maragliano (*gazette de Milan 1900*)

Anévrisme latent de l'aorte diagnostiqué par la radiographie

Il s'agit d'un homme de 57 ans sans antécédents héréditaires.

A 20 ans blennorrhagie, à 45 ans rétrécissement urétral, à 55 ans il est opéré avec succès d'un anévrisme de la fémorale gauche et l'année suivante d'un abcès périanal.

N'a jamais eu la syphilis.

Est entré à la clinique pour une bronchopneumonie.

On examine sa bronchopneumonie aux Rayons X et on trouve un sac anévrisimal gros comme une orange à l'origine de l'aorte descendante.

A l'occasion de cette observation l'auteur étudie les symptômes bronchitiques ou autres, suffisants quelquefois à faire le diagnostic. Il termine son travail en déclarant que les Rayons X permettent de faire le diagnostic latent d'un anévrisme quel qu'il soit et que la radioscopie détruit aujourd'hui le théorème formulé par Laennec : à savoir que tout anévrisme qui ne formait pas une tumeur appréciable pouvait être soupçonné mais jamais diagnostiqué.

Les trois observations qui suivent sont dues à l'obligeance de notre ami Perdu, interne à l'Hôpital International de Paris.

OBSERVATION XI (*inédite*)

M^{me} X, 55 ans, se présente à la consultation de radiographie pour troubles de l'appareil respiratoire : douleurs mal localisées, toux quinteuse, affaiblissement général.

L'examen ne révèle rien de particulier quant à la densité du poumon, mais on remarque sur le côté droit de la colonne vertébrale vue par la face antérieure, une petite opacité circulaire de la grosseur d'une mandarine dont moitié débordait la colonne, l'autre moitié se confondant avec elle.

L'opérateur change la vitesse de son interrupteur, il le ralentit, puis donne plus de rapidité aux étincelles et peut ainsi constater que cette petite tumeur est le siège de battements, le pouls de la malade est absolument synchrone avec ces battements.

Le cœur est sensiblement hypertrophié.

A l'auscultation rien d'anormal, le cœur est régulier.

Cet examen date de six mois et depuis, la malade a présenté quatre ou cinq fois des troubles qui semblent bien être des phénomènes de compression.

OBSERVATION XII (*inédite*)

Firmin D. 34 ans, vendeur aux halles.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

C'est un colosse qui depuis quelque temps s'affaiblit et

souffre d'un mauvais état général, et on pense à de la tuberculose latente ou de l'anémie, d'autre part son genre de vie, la nécessité pour lui de se lever à 3 heures du matin, permettent d'expliquer cette fatigue.

Depuis 15 jours le malade éprouve au niveau des 5^e et 6^e côtes une angoisse, une pesanteur constante, il est facilement essoufflé et ses palpitations s'accroissent.

Le 26 juin 1901 il se présente au laboratoire radiographique, les poumons sont uniformément clairs, le cœur présente une aire normale. Seul le médiastin paraît assez large, en effet, en regardant avec soin on aperçoit au niveau des 5^e et 6^e côtes un renflement situé sur le côté gauche de la colonne vertébrale portant sur 3 ou 4 c. de hauteur.

Quelques tâtonnements dans la marche de l'interrupteur et les battements de cette tumeur apparaissent nettement.

L'examen oblique préconisé par le Dr Bécclère nous montre très nettement ce même sac parfaitement circulaire et animé d'expansion.

A l'auscultation on trouve un dédoublement du 1^{er} temps très net. Pas de souffle, pas de thrill, pas de vibrations anormales.

OBSERVATION XIII (*inédite*)

C. 49 ans. Père rhumatisant.

Il y a 13 ans, il a été malade et le médecin consulté a diagnostiqué une endocardite avec lésions valvulaires. Il n'y a jamais eu menace d'asystolie et la lésion a toujours été bien compensée.

Depuis onze mois sa santé est chancelante et il fréquente toutes les consultations de Saint-Antoine : endocardite avec symptômes nerveux. Mais les troubles augmentent, le malade semble faire de la congestion du poumon, du foie, du rein. cependant les urines sont normales.

Il consulte il y a un mois le Dr Frébault : le 1^{er} temps est à peine perceptible, le second temps est bruyant, cornant. Le malade accuse une douleur prœcordiale siégeant assez haut : la percussion en cet endroit ne donne pas de matité anormale.

Le malade continue à vaquer à ses occupations.

Le 27 juin, on l'examine à l'écran et on aperçoit au-dessus du cœur une large opacité sans pédicule apparent mesurant 11 centim. en hauteur, en largeur 8 à 9 à la partie supérieure, 11 au niveau de la base du cœur. On constate les battements expansifs de cette tumeur.

L'examen oblique ne donne aucun résultat, cette masse volumineuse masque tous les organes avoisinants et ne permet plus de se repérer.

On peut remarquer en passant comme le cœur supporte sans trop de dommages la présence dans son voisinage d'une tumeur volumineuse qui lui soustrait une grande quantité de sang.

Il peut même être atrophié quand cet anévrisme est un accident local de la paroi artérielle.

Il est gros quand l'affection est due à l'artériosclérose et cette hypertrophie, s'accompagne d'une tension artérielle très élevée.

Avant de donner à ce second chapitre les conclusions qu'il entraîne, il faut pour être impartial noter deux cas où les Rayons X ont induit en erreur.

Le Dr Merklen parlant du sujet qui nous occupe citait l'année dernière deux malades, chez le premier des signes physiques indiquent nettement une dilatation de l'aorte. Le malade avait une polysclérose avec manifestation et localisation à l'aorte, au myocarde et au rein.

La radiographie est allée plus loin, elle a montré qu'il existait au niveau de la partie trop postérieure de l'aorte un anévrisme.

Chez le second il pratique la radiographie avec M. Daguerre parce qu'il soupçonne un anévrisme manifesté par des névralgies intercostales et brachiales rebelles. L'écran montre en effet une masse arrondie du côté gauche, et le diagnostic semble se confirmer. Quelque temps après un examen plus approfondi montra par des signes physiques, classiques et manifestes, qu'il s'agissait d'un mal de Pott avec abcès par congestion.

Le second cas est rapporté par Kirchgæsser, de Munich.

Femme de 75 ans, au cours des dix dernières années, a été soignée successivement pour bronchite, rhumatisme articulaire et musculaire, érysipèle de la face, affection chronique du cœur, œdème considérable des jambes et albuminurie.

Dans les derniers temps on perçoit un souffle systolique dont le maximum est à la partie supérieure du sternum en même temps qu'on constate une irrégularité plus grande dans les mouvements du cœur.

A ce moment on hésite entre sténose de l'aorte et dilatation de l'aorte à son origine. Puis en présence de

l'abondance de graisse de la malade on pense à un cœur gras.

En 1899 fortes douleurs dans la région précordiale et stomacale, respiration haletante. Traces d'œdème aux membres inférieurs, un peu d'albumine dans les urines — Plus tard violentes douleurs derrière la partie la plus inférieure de sternum et augmentation des vomissements.

On porte le diagnostic de sténose de l'œsophage compliqué de carcinôme.

L'auteur ne pensa pas à un anévrisme et l'examen radiographique resta négatif. Et il termine en disant : c'est le seul cas mentionné dans la littérature médicale où la radiographie ne donna pas de résultat en présence d'un anévrisme de l'aorte.

Mais nous avons deux versions pour cette même observation et cette même malade, la seconde est beaucoup plus vraisemblable :

Rien à changer aux symptômes, l'examen radiographique donna une ombre très nette un peu au-dessus du cœur à la partie médiane du corps, grosse comme le poing, pulsatile, anévristmale enfin.

L'autopsie montra qu'il y avait adhérence de l'aorte et de l'œsophage par carcinôme du cardia, au niveau de cette adhérence l'œsophage était très dilaté, formait comme une poche remplie de liquide, soulevée par les battements de l'aorte. Cette dilatation en avait imposé pour un anévrisme.

Ces réserves faites, nous pouvons terminer par la citation de MM. Variot et Chicotot.

« S'il était démontré par un ensemble de faits bien probants que l'inspection du thorax à l'aide des Rayons X donnât des indications aussi nettes et plus rapides, d'une

constation plus facile sur les divers changements morbides qui peuvent survenir dans le cœur et les plus gros vaisseaux, dans les poumons et les plèvres, il serait à craindre que la palpation, la percussion et l'auscultation ne fussent prochainement reléguées au second plan et peut être même délaissées plus tard.

« L'éducation de l'œil pour apprécier les ombres radioscopiques et démêler leur signification ne paraît pas devoir être aussi longue ni aussi délicate que l'apprentissage laborieux que nous devons nous imposer pour connaître à fond les manœuvres de l'auscultation.

« Les signes radioscopiques ont déjà pris place dans la clinique rigoureuse et ils viennent s'adjoindre très utilement aux autres signes physiques pour les contrôler, les corroborer ou les infirmer. »

III §

Il ne nous appartient pas ici de discuter longuement les traitements préconisés tour à tour et d'apprécier leur valeur.

Les injections de gélatine ont leurs partisans et leurs détracteurs, il est indiscutable que certains expérimentateurs sur le conseil de Lancereaux ont eu de beaux résultats. Il était nécessaire d'attirer l'attention sur leurs inconvénients, ces inconvénients sont-ils assez grands pour obliger à rejeter la méthode elle-même ?

Quelques anévrismes sont syphilitiques, on a même dit qu'ils l'étaient tous, c'est une exagération. En tout cas quelle qu'en soit l'origine l'iodure de potassium apporte le plus souvent une notable amélioration.

Le Dr Huchard regarde comme préférable à tout traitement le régime alimentaire. Et ce régime consiste surtout en lait. Pas de thé, pas de café, pas de viande, car les toxines alimentaires augmentent encore la tension artérielle.

Enfin si nous ne pouvons pas, quand nous avons diagnostiqué un anévrisme, dire à un malade que nous le guérirons, nous pourrons toujours lui interdire les travaux pénibles, les efforts, les émotions, les veilles et toutes les fatigues en général. Nous préviendrons l'entourage si nous le jugeons à propos de l'éventualité d'une mort foudroyante.

L'oncle d'un de nos amis souffrait d'un cancer de

l'estomac, soudain il meurt subitement sans cause apparente, sans prodromes, dans d'autres circonstances on devine la surprise et de la famille et du médecin, mais heureusement ce malade avait été examiné aux Rayons Röntgen on avait découvert un anévrisme de l'aorte. Le médecin qui avait déjà fait sentir combien le pronostic d'un cancer était sombre, fut obligé de le noircir encore et de prévenir l'entourage du malheur qui frappait ce ce pauvre homme portant à la fois un cancer dont on ne guérit pas et un anévrisme dont on meurt subitement.

Il est inutile d'insister plus longuement pour montrer combien il est avantageux de pouvoir poser ce diagnostic aussi bien dans l'intérêt de la science que dans l'intérêt du malade.

CONCLUSIONS

I

Les auteurs ont beaucoup insisté sur les symptômes variés qui permettent de diagnostiquer presque à coup sûr un anévrisme de l'aorte, mais souvent ces symptômes manquent de netteté ; l'affection ne se révèle que par des signes passagers, l'attention du malade n'est pas suffisamment attirée pour qu'il aille consulter son médecin et le malade continue à vivre avec cette affection qui peut l'emporter d'un jour à l'autre.

II

Cependant, fréquemment en dehors de tout signe stéthoscopique nous trouvons des phénomènes de compression ou d'irritation tels que :

Paralysie des cordes vocales, et raucité de la voix, dyspnée et oppression, douleurs rebelles et persistantes, névralgies costales, brachiales, diaphragmatiques, dysphagie et spasmes.

Le diagnostic reste hésitant entre une tumeur du médiastin, une tumeur des ganglions trachéo-bronchiques, une pleurésie médiastine, un anévrisme de l'aorte.

Dans ce cas, la radioscopie s'impose ; elle induira rarement en erreur, plus souvent elle révélera une affection complètement ignorée et passée inaperçue.

Elle est préférable à la radiographie parce qu'elle nous permettra d'étudier les contours de cette tumeur, de l'examiner en tous sens, (examen antérieur, examen postérieur, examen latéral) d'en voir les battements, de constater par des séances répétées la marche progressive. Nous déplacerons l'écran et l'ampoule, nous

changerons la vitesse de l'interrupteur jusqu'à ce que l'image soit bien nette.

III

On peut donc affirmer dès aujourd'hui la nécessité pour le clinicien d'avoir recours aux rayons Röntgen toutes les fois qu'il pensera à une affection du thorax, tumeur, néoplasme, hypertrophie, ectasie, symphyse et en particulier anévrisme. Il lira directement sur le fluoroscope l'affection que ses moyens d'investigation ne lui permettaient pas de déterminer.

Bien plus, il lui arrivera alors qu'il examinait un cancer de l'œsophage, une scoliose, une tuberculose, de trouver à sa grande surprise un anévrisme quelquefois volumineux.

Nous ne vantons pas là une méthode, qui doit remplacer tous les autres modes d'investigation ; loin de commencer par elle, elle doit arriver en dernier lieu et nous ne nous servirons de ses enseignements que pour reprendre les symptômes les uns après les autres, préciser et compléter notre auscultation, délimiter d'une façon plus précise les zones de matité et de sonorité.

La solution du problème est donnée, l'erreur est évitée, à nous de reprendre les calculs et de trouver le même résultat.

VU ET APPROUVÉ :

Le Président de thèse,

TILLAUX.

VU :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIRE. Anévrisme de l'aorte et radioscopie; *Gaz. méd. de Nantes*, 1901.
- BECLERE, OUDIN et BARTHÉLEMY. *Bulletin et Mém., Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1897.
- BÉCLÈRE. Les rayons X et le diagnostic des affections thoraciques, 1900.
- FITZ. Aerisma of the arch of the aorta with radiograph, 1898.
- GEBAUER. *Deutsche medi. Wochenschr.* Leipzig und Berlin, 1900.
- HUGUET. Thèse, 1898.
- HUCHARD. *Traité des maladies du cœur.*
— *Consultations médicales.*
- KIRCHGAENER. *Mürschen medical Wochenschr.* 1900
- MARAGLIANO. Anevrismi aortici latenti diagnosticati colla radioscopia, 1900.
- PENNATO. Sulla radiografia nell' aneurisma aortico, 1899 et 1900.
- PEPPER. Skiagraphy in the diagnosis of aortic aneurisma. Philadelphie, 1896-97.
- SENDZIAK. Contribution to the application, of Röntgen rays in cases of aortic aneurisms. St-Louis, 1898.
- VERGER ET ABADIE. Bordeaux, 1900. Sur un cas d'anévrisme aortique sans signes physiques positifs révélé par l'emploi des rayons X.
- WASSERMANN. Vorstellung eines Falles von Aorten aneurysma in der Brusthöhle bei der Durchleuchtung mit Röntgen strahlen. Vienne, 1897.
-

SENS. — Société Nouvelle d'Impressions (G. JACQUART et C^{ie}).
